

Heekerens, Hans-Peter

Zehn Jahre Familientherapie in Erziehungsberatungsstellen - Entwicklung und Fehlentwicklung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 35 (1986) 8, S. 294-302



Quellenangabe/ Reference:

Heekerens, Hans-Peter: Zehn Jahre Familientherapie in Erziehungsberatungsstellen - Entwicklung und Fehlentwicklung - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 35 (1986) 8, S. 294-302 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-26968 - DOI: 10.25656/01:2696

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-26968>

<https://doi.org/10.25656/01:2696>

in Kooperation mit / in cooperation with:

Vandenhoeck & Ruprecht

V&R

<http://www.v-r.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS

DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation

Informationszentrum (IZ) Bildung

E-Mail: pedocs@dipf.de

Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie

Herausgegeben von R.Adam, Göttingen · A.Dührssen, Berlin · E.Jorswieck, Berlin
M.Müller-Küppers, Heidelberg · F.Specht, Göttingen

Schriftleitung: R.Adam und F.Specht unter Mitarbeit von G.Baethge und S.Göbel
Redaktion: G.Presting

35. Jahrgang / 1986

VERLAG FÜR MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE IM VERLAG
VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

therapie, Bd. IV, (Hrg. v. G. Biermann), München: Reinhardt. – Müssig, R. (1982a): Entwurf eines Klassifikationsschemas für Familien. Kontext 5. – Müssig, R. (1982b): Familiendynamik bei Suicid: Beziehungsnetz, unerhörter Auftrag und Schattenfamilie. Kind und Umwelt, 36. – Orwell, G. (1950): 1984. Zürich: Diana Verlag. – Richter, H. (1970): Patient Familie. Reinbeck: Rowohlt. – Selvini Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G.; Prata, G. (1977): Paradoxon und Gegenparadoxon. Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrener Störung. Stuttgart: Klett. – Selvini Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G.; Prata, G. (1980): Hypothesizing-Circularity-Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session. Family Process, 19. – Simon, F. u. Stierlin, H. (1984): Die Sprache der Familien-

therapie. Stuttgart: Klett. – Sperling, E.; Massing, A.; Reich, G.; Georgi, H.; Wöbbe-Mönks, E. (1982): Die Mehrgenerationen-Familientherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – Wenar, G.; Handlon, M. W. u. Garner, A. M. (1962): Origins of Psychosomatic and Emotional Disturbances. New York. – Wirsching, M.; Stierlin, H. (1982): Krankheit und Familie. Stuttgart: Klett. – Wirsching, M.; Stierlin, H. (1983): Psychosomatische Familien – Dynamik und Therapie. Psyche 7. – Wynne, L. u. Singer, M. (1963): Denkstörung und Familienbeziehung bei Schizophrenen. Psyche 19, 81–160.

Anschr. d. Verf.: Dr. Ricarda Müssig, Neustadter Str.7, 7500 Karlsruhe 21.

Zehn Jahre Familientherapie in Erziehungsberatungsstellen – Entwicklung und Fehlentwicklung

Von Hans-Peter Heekerens

Zusammenfassung

Es wird anhand der Zusammenschau verstreuter Einzelbefunde gezeigt, daß Familientherapie als methodische Arbeitsweise sich seit 1975 in Erziehungsberatungsstellen ausgebreitet hat. Zudem kann gezeigt werden, daß die Erziehungsberatungsstelle diejenige psychosoziale Einrichtung ist, an der Familientherapie am stärksten vertreten ist. Obschon die Arbeit in der Erziehungsberatungsstelle eine „Domäne der Familientherapie“ darstellt, ist deren relativer Anteil dennoch gering. Gründe, die hierfür verantwortlich sind, werden im zweiten Teil ausführlich besprochen. Zu nennen sind im einzelnen: hemmende institutionelle Faktoren, Hindernisse beim Berater und Widerstände bei den Familien. Im dritten Teil wird auf eine Gefahr hingewiesen, die mit der Einführung familientherapeutischer Arbeitsweise in der Erziehungsberatungsstelle verbunden ist: die Gefahr, daß sie sich von einer Einrichtung „erster Instanz“ zu einem Dienst „zweiter Instanz“ verändert. Gründe für diese Tendenz und Implikationen werden diskutiert.

Einleitung

Nennenswerte Möglichkeiten zu familientherapeutischer Fort- und Weiterbildung bestehen in der Bundesrepublik erst seit 1975 (Jürgens, 1983, 446; Neeral, 1978, 32). Für die Zeit davor wird in der *Psychiatrie-Enquête* festgehalten, daß selbst in Erziehungsberatungsstellen (EBStn), an denen sich „die Kenntnis der Familiendynamik durchgesetzt hat und das Verhalten der Kinder von den Problemen der Eltern nicht getrennt wird, wo Erziehungsberatung also zur Familienberatung geworden ist, sich noch vielfach ein Arbeitsstil findet, der sich auf eine

reichhaltige Diagnostik konzentriert und Beratung nur in Form von Kurzberatung anschließt. Es fehlen noch weitgehend die in den letzten Jahrzehnten entwickelten Interview-Techniken, mit deren Hilfe von vornherein im Dialog die Problemstellungen gemeinsam mit den Klienten entwickelt werden können, so daß schon das Erstgespräch neben den diagnostischen auch beratende Funktionen hat.“ (*Deutscher Bundestag*, 1975, 197)

So verwundert es denn nicht, wenn E. R. Rey u. a. 1976 bei der Befragung von 20 EBStn in der Auflistung der Art therapeutischer Interventionen Familientherapie überhaupt nicht erwähnen (1978, 50, Tab.8). Noch 1977/78 findet sich bei einer Darstellung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen von 91 Diplom-Psychologen aus 71 beraterisch-therapeutischen Einrichtungen (darunter viele EBStn) in Baden-Württemberg und Niedersachsen Familientherapie als gesonderte therapeutische Maßnahme keine Erwähnung (Breuer & Seeger, 1980, 325, Tab.2).

Verbreitung von Familientherapie in Erziehungsberatungsstellen

Seither ändert sich die Situation. Wir sind aber bis heute nicht in der Lage, ein klares Bild der Verbreitung von Familientherapie in EBStn zu zeichnen. Die zusammengetragenen Mosaiksteine erlauben dennoch die Aussage, es wurde zunehmend mehr begriffen, daß die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen „eine Domäne der Familientherapie“ (Stierlin u. a., 1977, 13) ist. Die Städtische Erziehungs- und Familienberatungsstelle Erlangen (Gerlicher u. a., 1977) wurde zum Modellfall. Die LAG hessischer Erziehungsberatungsstellen (1977) griff den Impuls früh überregional auf. Die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung trug der Verän-

Vandenhoeck&Ruprecht (1986)

derung in der seit 1.7.1978 gültigen neuen Fassung der Statuten (wiedergegeben in *Spittler & Specht*, 1984, 201–207) Rechnung.

Bis 1980 ist von einer Breitenwirkung indes noch wenig spürbar. Immerhin konnte *M. Bösel* (1981, 92) feststellen, daß Ende der 70er Jahre von 73 befragten Mitarbeitern an Erziehungs-, Jugend-, Ehe- und Familienberatungsstellen in Baden-Württemberg 32 Prozent auch familientherapeutische Fortbildungsveranstaltungen besucht hatten. Inwieweit sich solche Fortbildung in der konkreten Arbeit niederschlug, ist der Untersuchung nicht zu entnehmen, da der von der Autorin dokumentierte Arbeitsbereich „Familienberatung“ (a.a.O., 102, Tab.24) ja ebensowenig deckungsgleich mit „Familientherapie“ ist wie die gleichfalls erfaßte Beratungsform „Eltern-Kind-Beratung“ (103, Tab.25). Darunter sind mehrere Formen therapeutischer Interventionen bzw. recht unterschiedliche therapeutische Einheiten subsummierbar (vgl. die entsprechenden Kategorisierungen bei *Olson*, 1970, 506, Tab.1 und 507, Tab.2).

In einer 1978 an hessischen EBStn durchgeführten Untersuchung gaben von 24 antwortenden (49 waren gefragt worden) immerhin 19 (79% der antwortenden Gruppe) an, in ihrer Einrichtung werde Familientherapie praktiziert (*Smid & Armbruster*, 1980, 118). Dieses Ergebnis darf keinesfalls dahingehend interpretiert werden, zumindest diese 19 EBStn (34% der Gesamtgruppe) hätten damals familientherapeutisch gearbeitet. Mit guten Gründen vermuten die Autoren selbst, daß diese EBStn „entweder die Familientherapie als eine weitere Therapieform in ihr Repertoire aufnahmen oder, daß sie sich zum Zeitpunkt der Umfrage in einem Prozeß der Umstrukturierung befanden“ (a.a.O., 122).

Wie wenig Familientherapie den Arbeitsalltag von Institutionen bestimmt, die angeben, ein solches Angebot zu machen, zeigt, die im gleichen Zeitraum durchgeführte Untersuchung von *U. Gerhardt* (1981) bei 67 Einrichtungen, darunter 60 Beratungsstellen (mit verschiedenen Trägern und wechselnden Namen). Als Fazit hält sie fest: „Familientherapie/Familienberatung nimmt in fast allen Beratungsstellen einen geringen Raum ein. Es wird meist angegeben, daß zum Zeitpunkt der Befragung ein oder zwei Familien in einer Familientherapie waren, einige nennen 25 bis zu 70 Prozent familientherapeutischer Aktivität im Rahmen ihres gesamten Arbeitsvolumens. Ehepaar- und Einzeltherapie und -beratungen nehmen den größeren Raum ein.“ (279)

Studien, deren Untersuchungszeitraum nach 1980 liegt, geben Grund zur Annahme, die Verbreitung von Familientherapie in EBStn schreite fort. *G. Jürgens* (1983) hat 1980/81 eine Untersuchung über die Verbreitung von Familientherapie in der Bundesrepublik durchgeführt. Die gewonnene Stichprobe von Befragten kann trotz ihrer Größe ($n = 377$) wohl kaum als repräsentativ für die Grundgesamtheit aller familientherapeutisch Ausgebildeten bzw. in familientherapeutischer Weiterbildung Befindlichen angesehen werden. Andererseits gibt es wenig plausible Gründe anzunehmen, bei der Stichprobengewinnung habe eine systematische Verzerrung

hinsichtlich der Größe „Arbeitsplatz von Familientherapeuten“ stattgefunden. Es zeigt sich, daß der Arbeitsplatz in mehr als der Hälfte (55%) der Fälle eine Beratungsstelle ist, in 22 Prozent eine freie Praxis und in 13 eine psychiatrische Klinik; alle sonstigen Arbeitsplätze liegen jeweils unter 10 und repräsentieren insgesamt nur noch 23 Prozent (455).

B. Allhoff-Cramer u. a. (1982) haben 1981/82 bei einer wohl als repräsentativ anzusehenden (vgl. S.86–110) Stichprobe von berufstätigen Diplom-Psychologen (die ca.50% der Mitarbeiter in EBStn stellen; *Schorr*, 1985, 13) Angaben zu Tätigkeitsfeldern (insg.16) und Tätigkeitsmerkmale (insg.17) erhoben. Aus den Tätigkeitsmerkmalen wurden 13 Cluster (Gruppen, gebildet mittels Cluster-Analyse) ermittelt und betrachtet, wie sich diese auf die einzelnen Tätigkeitsfelder verteilen.

Von den im Feld „Erziehungsberatung, Ehe- und Lebensberatung; Beratung von Kindern und Jugendlichen“ Tätigen waren die relativ meisten (30%) dem Cluster „Universalpsychologie“ zuzurechnen. An zweiter Stelle aber schon folgte das Cluster „Therapie: Schwerpunkt systembezogene Therapie“ (22%), gefolgt von dem Cluster „Einzelfallarbeit“ (unterschieden von „Therapie: Schwerpunkt Einzeltherapie“) mit 20 Prozent. Mehr als die Hälfte des Clusters „Therapie: Systembezogene Therapie“ wird gebildet von nur drei (Einzel-)Tätigkeiten: „Systembezogene Therapie“ (27%), „Einzeltherapie“ und „Konferenz/Teambesprechung“ (jeweils 10%). Deutlicher noch wird das Profil dieses Clusters, betrachtet man, welche Kompetenzen von darunter zusammengefaßten Diplom-Psychologen – im Vergleich zur Einschätzung der anderen – als (sehr) wichtig angesehen werden. Als absolut notwendig wird das „Herstellen einer unterstützenden Beziehung“ beurteilt; für überdurchschnittlich bedeutsam werden gehalten (in absteigender Reihenfolge): „Weiterentwicklung des therapeutischen Standpunktes“, „Umsetzen der Interventionsabsicht in konkretes psychologisches Handeln“ und „Fähigkeit, mit paradoxen und strategischen Verfahren zu arbeiten“.

Die bislang vorgenommene Betrachtungsweise der Untersuchungsergebnisse läßt die Bedeutung, die der Familientherapie in der EBSt zukommt, deutlich werden. Eine andere läßt erkennen, daß die EBSt der bevorzugte Ort der Familientherapie ist. Bislang haben wir betrachtet, welche Cluster im Tätigkeitsfeld „Erziehungsberatung“ vorkommen; jetzt aber fragen wir, ob ein bestimmtes Cluster in bestimmten Tätigkeitsfeldern vorzugsweise auftritt. Dabei zeigt sich folgendes: auf die EBStn entfallen 43 Prozent des Clusters „Einzelfallarbeit“, 44 Prozent des Clusters „Universalpsychologie“, aber 71 Prozent des Clusters „Therapie: Schwerpunkt systembezogene Therapie“. Anders formuliert: von vier Institutionen, in denen das Cluster zu finden ist, sind (nahezu) drei eine EBSt! Auf Personen bezogen: von 55 systemisch (i.S. der Definition des Clusters) arbeitenden Diplom-Psychologen arbeiten 39 in einer EBSt; in keinem anderen Tätigkeitsfeld hingegen je mehr als sechs, in allen übrigen (15) Arbeitsfeldern zusammengenommen im Schnitt nur einer.

Chr. Höger u.a. (1984) haben im zweiten Halbjahr 1982 eine Erhebung der Klientel der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz der Universität Göttingen ($n = 130$) und von vier EBStn der Region ($n = 140$) vorgenommen. Festgestellt wurde unter anderem, welche Maßnahmen geplant wurden. In der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz rangierte Familientherapie mit „in 9 Prozent der Fälle“ an vierter Stelle nach Beratung, sonderpädagogischen Maßnahmen und Einzeltherapie. In den EBStn aber mit „in 8–20 Prozent der Fälle“ schon an zweiter Stelle nach Beratung. Die Unterschiede zwischen den beiden Institutionstypen sind weder mangelnder Reliabilität der Kategorien zuzuschreiben noch lassen sie sich mit unterschiedlicher Verteilung der Klienten-Variablen (einschließlich deren Auffälligkeiten) befriedigend erklären. Sie reflektieren somit „wohl im wesentlichen verschiedene Arbeitsweisen der Institutionen“ (270).

Hemmende Faktoren der Ausbreitung von Familientherapie in Erziehungsberatungsstellen

Gesonderter Erklärung bedarf, weshalb Familientherapie trotz ihrer speziellen Eignung für die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen und trotz ihrer gutdokumentierten Effektivität (vgl. zusammenfassend Heekerens, 1985, 57f.) an EBStn nicht noch weiter verbreitet ist. Einige hemmende Faktoren sind derzeit identifizierbar und sollen nachfolgend dargestellt werden.

1. Daß sogenannte Rahmenbedingungen beraterischer/therapeutischer Arbeit nicht bloße Randbedingungen sind, wird auch außerhalb der familientherapeutischen Diskussion zunehmend mehr erkannt (vgl. zusammenfassend Heekerens, 1983 und die zu weiteren Überlegungen anregende Tabelle von Mackinger, 1984, 544, Abb. 1). Offensichtlich ist, daß familientherapeutische Arbeit nicht ohne weiteres in das vom „medizinischen Modell“ geprägte Organisationschema der EBSt paßt und es tiefgreifender Veränderungen bedarf, soll familientherapeutisches Arbeiten an der EBSt – systemisch gesprochen – nicht eine bloße Veränderung erster Ordnung sein (Eckhardt, 1983; Gerlicher u.a., 1977; Heekerens, 1983; Jellouschek, 1982, 1984; Neeral, 1978). Das Problem stellt sich in wohl verschärftem Maße in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz. Erklärlich daher, daß das Thema dort noch systemisch klarer durchdacht und (durchaus kontrovers) diskutiert wird (Gehring, 1983; Ludwig & Villiez, 1984a,b; Rothhaus, 1984; Schweizer, 1984a,b; vgl. ferner Blackwell & Wilkins, 1984; Haley, 1980; Trommel, 1984).
2. In den wenigsten Fällen konnte und kann eine Institution von Anfang an nach einem systemischen Konzept aufgebaut werden; bei den psychiatrischen Einrichtungen etwa ist das einzig bekannte Beispiel die von G. Guntern konzipierte und geleitete Psychiatrie Oberwallis (Duss-v. Werdt & Stierlin, 1984, Editorial).

Kollegen, die an einer neugegründeten (nicht-psychiatrischen) Beratungsstelle Organisation und Arbeitsweise von Anfang an familientherapeutisch ausrichten konnten, bezeichnen dies als nicht zu unterschätzenden Vorteil (Eckhardt, 1983; Jellouschek, 1982). In der Bundesrepublik fällt die Ausbreitung der Familientherapie in eine Zeit, in der der Ausbau und die Neueinrichtung von EBStn zum Erliegen kam. Die Ende der 60er/Anfang der 70er einsetzende Veränderung der EBStn-Arbeit durch Verhaltens- und/oder Gesprächspsychotherapie (vgl. Nestmann, 1984, 84) geschah hingegen in einer Phase des Ausbaus und der Neugründungen. In vielen Fällen konnten einige, wenn nicht gar alle Mitarbeiter mit Verhaltens- und/oder Gesprächspsychotherapie beginnen; in weit geringerem Maße als dies für Familientherapie gilt, mußte man „den viel mühsameren Weg einer konzeptionellen Neuorientierung beim alten Mitarbeiterstamm“ (Eckhardt, 1983, 398) bewältigen.

3. Gesprächs- und verhaltenstherapeutische Denk- und Arbeitsweisen konnten auch deshalb in der EBSt so schnell Fuß fassen, weil neue Mitarbeiter schon während des Studiums an den neu eingerichteten Klinischen Abteilungen der Psychologischen Institute und in geringerem Maße an den neugegründeten Fachhochschulen für Sozialwesen in Gesprächs- und/oder Verhaltenstherapie theoretisch (mehr) und praktisch (weniger) ausgebildet worden waren (vgl. Breuer & Seeger, 1980, 324ff.). Familientherapeutische Kenntnisse und Fertigkeiten können bis heute an nahezu keiner Universität und Fachhochschule erworben werden. Hinzu kommt, daß die familientherapeutischen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen vor 1980 äußerst gering und zudem von starken regionalen Unterschieden (Jürgens, 1983, 448) geprägt waren. Auch dies ganz im Gegensatz zu Verhaltens- und Gesprächstherapie.
4. Die bisher genannten Punkte betreffen epochale und institutionelle Umstände. Zwei weitere sind ebenso bedeutsam: Schwierigkeiten des Beraters und Widerstände der Familie (Wirsching u.a., 1979, 1081). Das wohl bedeutsamste beim Berater zu findende Hindernis ist seine Neigung zur Identifikation mit dem „Leidenden“; im Normalfalle der EBSt-Arbeit also mit dem (Index-Patienten) Kind/Jugendlichen. R. De Clerck-Sachße (1978) hat in Fortführung früherer Überlegungen (Richter, 1976; Schmidbauer, 1977) dargelegt, wie eine solche Neigung im Zusammenspiel von biographischem Hintergrund, beruflicher Sozialisation und Berufsrollendefinition des (Erziehungs-)Beraters zustande kommt (zusammenfassend S. 312). Die Rede von einer systemischen „Sichtweise“ mag den Eindruck erwecken, familientherapeutisches Arbeiten erfordere lediglich eine *kognitive* Umstrukturierung. Indes: die Abkehr von einem linearkausalen Ursache-Wirkungs-Denken impliziert auch ein Ende der *affektiven* Zerteilung in „Täter“ und „Opfer“. „Allparteilichkeit“ (Stierlin) und „Neutralität“ (Selvini-Palazzoli) meinen ja nicht nur die Realisierung

eines intellektuellen Plans, sondern auf der emotionalen Ebene eine Abkehr vom „Retter-Opfer“-Spiel. Bei allen kindzentrierten Verfahren stellt sich solche emotionale Kehrtwendung nicht bzw. nicht in dieser Radikalität. Elternarbeit begleitend zur Kind-Therapie bleibt kindzentriert; den Eltern kommt die Funktion einer „Hilfstruppe“ (Baethge, 1981, 160) zu. Kindzentriert bleibt Elternarbeit auch, wenn sie als eigenständige Maßnahme in Form des Elterntrainings auftritt sind darunter doch „bestimmte pädagogisch-psychologische Maßnahmen zur Veränderung von Verhaltensweisen und Einstellungen der Eltern gegenüber ihren Kindern“ (Spiess, 1980, 764; ähnlich definiert von Minsel, 1978, 313) zu verstehen.

5. Möglicherweise ist das von R. De Clerck-Sachße skizzierte professionelle Rollen(selbst)verständnis von Be-

ratern Ursache für die von St. Schmidtchen u. a. (1983) gefundenen Diskrepanzen zwischen dem tatsächlichen Bild der EBStn in der Öffentlichkeit, dem von Beratern (55 EBSt-Mitarbeiter) erwarteten Öffentlichkeitsbild und dem Beraterselbstbild. In Tabelle 1 sind aus drei Ergebnistabellen (169, Tab. 3; 171, Tab. 5 und 172, Tab. 6) die Antworten auf diejenigen sieben Statements dargestellt, die in unserem Zusammenhang von Interesse sind.

Die Tabelle 1 zeigt, daß tatsächliches Öffentlichkeitsbild und Beraterselbstbild (Statements 4–7) mehr übereinstimmen als tatsächliches Öffentlichkeitsbild und vom Berater erwartetes Öffentlichkeitsbild (Statements 1–3). Schaut man auf die Inhalte der Statements, so wird offensichtlich, daß das vom Berater erwartete Öffentlichkeitsbild einer familientherapeuti-

Tab. 1: Antworten auf verschiedene Aussagen von befragter Öffentlichkeit einerseits und befragten Mitarbeitern von EBStn andererseits (nach Schmidtchen u. a., 1983).

Statement	tatsächliches Öffentlich- keitsbild	von Beratern erwartetes Öffentlich- keitsbild	Berater- selbstbild	Diff.
1. Ich wünsche mir, daß in der EBSt alle Familienmitglieder zusammen mit dem Erziehungsberater über die Erziehungsprobleme sprechen.	1,48	2,70	–	1,22
2. Ich erwarte, daß meinem Kind in der EB gesagt wird, wie es sich besser betragen soll.	3,22	1,52	–	1,70
3. Ein Ziel der EB ist, daß Eltern lernen, wie sie ihre Probleme in Zukunft selbst lösen können.	1,43	2,15	–	0,72
4. Ich vermute, die EB ist vorwiegend für die Behandlung der Kinder da; mit den Eltern wird nur kurz gesprochen.	3,25	–	3,74	0,49
5. In der EB müssen Eltern ihre Probleme selbst lösen, der Berater gibt dabei nur Hilfestellung.	1,56	–	1,17	0,39
6. Ein Ziel der EB ist, daß Eltern sich mit sich selbst auseinandersetzen können.	1,55	–	1,19	0,36
7. Ein Ziel der EB ist, daß Eltern ihr Verhalten gegenüber ihren Kindern ändern können.	1,68	–	1,37	0,31

Antwortmöglichkeiten: stimmt genau (1), stimmt etwas (2), stimmt eher nicht (3), stimmt überhaupt nicht (4)

schen Arbeitsweise entgegensteht. Das vorliegende empirische Ergebnis bestätigt die im vorigen Punkte vorgebrachten Überlegungen.

6. Ein letzter Punkt, der familientherapeutischer Arbeit entgegensteht, ist schließlich der Widerstand der Familien. T. Neeral (1976) hatte bei einer Analyse der Behandlungserwartungen von Eltern mit einem psychisch auffälligen Kind zunächst einmal, in Übereinstimmung mit Ergebnissen von St. Schmidtchen u.a. gefunden, daß „Familiengespräche“ (dicht auf gefolgt von „Erziehungsberatung“) als sinnvollste Maßnahme angesehen wird. Nach den vermuteten Ursachen befragt, gaben die Eltern (laientheoretischen) individualpsychologischen Erklärungsmustern (z. B. „kindliche Ängste“, „innere Hemmungen des Kindes“) den Vorrang; lediglich eine Minderheit von 30 Prozent der Eltern nahm an, kindliche Störungen seien Ausdruck familiärer Probleme. Es ist eben diese Erfahrung, die Erziehungsberater zumeist als Erklärung dafür ins Feld führen, weshalb sie nicht familientherapeutisch arbeiten: die Eltern würden dieses Angebot nicht annehmen.

In der Tat: theoretische Überlegungen legen nahe anzunehmen, die Bereitschaft von Familien, ein familientherapeutisches Angebot anzunehmen, sei geringer als bei einem kindzentrierten Angebot. Nicht nur wegen nicht zu unterschätzender praktischer Schwierigkeiten (Paradebeispiel: berufliche Verpflichtung des Vaters), sondern vor allem, weil beide Angebote, wenn sie schon im Anfangsstadium auftreten (Familiengespräch vs. kindzentrierter Diagnostik), den Widerstand der Familie in unterschiedlichem Maße herausfordern. „Widerstand“ meint in allgemeiner Form die Verteidigung eines Status quo angesichts einer therapeutischen Intervention.

Mangelnde Bereitschaft, zu einem Familienerstgespräch zu kommen, kann daher sehr wohl Ausdruck von Widerstand sein. Nur: vorhandene Bereitschaft, das Kind zur Diagnostik zu bringen und selbst einige anamnestiche Daten beizusteuern, kann ebenfalls ein Zeichen von Widerstand sein, darf sich die Familie doch in der (meist) berechtigten Hoffnung wiegen, am Status quo des Gesamtsystems werde nicht gerüttelt. (Damit ist keineswegs gesagt, eine Kindertherapie könne nicht systemisch konzipiert werden; vgl. Montalvo & Haley, 1977.).

Verminderte Bereitschaft, eine familientherapeutisches Angebot anzunehmen, ist wohl zumeist Folge von (erhöhtem) Widerstand. Nur: dies ist kein Grund, eine solche Maßnahme nicht in Erwägung zu ziehen. Vielmehr Anlaß, darüber nachzudenken, wie mit solchem Widerstand angemessen umgegangen wird, begleitet das „Widerstand“ genannte Phänomen die Behandlung aus sachlicher Notwendigkeit doch Schritt auf Schritt (Freud, 1912, 368). Familientherapeuten sind sich der vorliegenden Problematik sehr wohl bewußt, begreifen daher bereits das Führen des Anmeldungsgesprächs als entscheidende therapeutische Arbeit und treffen entsprechende organisatorische und personelle Vorkehrungen (vgl. zusammenfassend Heekerens, 1983, 102–104). Sind Erzie-

hungsberater qualifiziert familientherapeutisch ausgebildet und sind entsprechende Maßnahmen getroffen, stellt sich das immer wieder genannte Problem der „unwilligen Väter“ (die auch von Familientherapeuten vor der Ausbildung nicht zu gewinnen schienen) nicht mehr. Es entpuppt sich als ein Gemisch aus Projektion und mangelnder Fertigkeit. Kontrollierte Statistiken zeigen ferner, daß Umorientierung auf Familientherapie keineswegs wie vielfach befürchtet, Veränderungen in der Anzahl der Absagen, Terminverschiebungen oder des Nichterscheins mit sich bringt (Heekerens & Henkelmann-Strickler, 1980, 42; Team des Instituts für Beratung und Therapie von Eltern und jungen Menschen Wiesbaden, 1978, 48). Mehr noch: die Einbeziehung der Väter und der frühere Behandlungstermin mindern die Ausfall-Quote nach Anmeldung. Die Ergebnisse zweier methodisch gut kontrollierter Studien an der Klientel zweier US-amerikanischer Child Guidance Clinics legen dies nahe. Die Ausfall-Quote nach Anmeldung war im Rahmen des traditionellen Erziehungsberatungs-Angebots stets höher als in der von jeweils derselben Einrichtung ebenfalls angebotenen familientherapeutisch orientierten Krisenintervention: 50 gegenüber 11 Prozent bis Behandlungsbeginn in der einen Einrichtung (Ewing, 1975, 5) und 52 (Väter) bzw. 40 (Mütter) gegenüber 34 bzw. 28 Prozent acht Wochen nach Anmeldung (Trankina, 1975, 70) in der anderen.

Die beschriebenen Schwierigkeiten der Berater und Widerstände der Familie schaukeln sich, wie U. Gerhardt (1981) gezeigt hat, gerade in „reinen“ EBStn gegenseitig hoch: „Es besteht ... eine erkennbare Wechselwirkung, bei der sich einerseits die Identifikation der dort Tätigen mit der Stelle und ihrer beruflichen Sozialisation, andererseits die Abwehrhaltung der Familie, die ja ‚nur Hilfe für ein erziehungsschwieriges Kind‘ sucht, sich selbst aber nicht als krank oder gestört fühlt, unglücklich verstärken.“ (278)

Familientherapie in der Erziehungsberatungsstelle als einem „Dienst erster Instanz“

Trotz der genannten Hemmnisse breitet sich Familientherapie an EBStn weiter aus. Beim derzeitigen Entwicklungsstand scheint es noch rechtzeitig, aber auch schon notwendig, auf eine bedeutsame Gefahr hinzuweisen, die eine familientherapeutische Umorientierung der EBStn-Arbeit mit sich bringen kann. Gegeben ist die Gefahr, daß sich eine familientherapeutisch orientierte EBSt von einem Dienst „erster Instanz“ in eine Einrichtung „zweiter Instanz“ transformiert.

Den Unterschied zwischen beiden kann man sich zunächst verdeutlichen, hält man sich Versorgungseinrichtungen im Bereich der (Körper-)Medizin vor Augen. Als Einrichtung erster Instanz ist die Praxis des Allgemeinmediziners, insbesondere dann, wenn er Hausarztfunktion erfüllt, anzusehen. Bestimmte fachärztliche Praxen, mehr noch Fachabteilungen und vollends spezielle Fachkliniken sind als Einrichtungen zweiter Instanz anzusehen. Im Bereich der psychosozialen Versorgung sind entsprechende Unterscheidungen zwischen EBStn, kinder-

und jugendpsychiatrischen Ambulanzen und stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu treffen.

Man kann den Charakter einer Einrichtung in diesem Punkte über drei Größen operationalisieren. Einmal kann man betrachten, ob sie ambulant oder stationär ist, zum zweiten von wem die Anregung zur Vorstellung des Index-Patienten ausging. (Man muß aber tatsächlich nach „zur Vorstellung anregender“ Person/Institution fragen und nicht nach „anmeldender“ oder „überweisender“, da sonst Vergleiche nicht möglich sind. Viele EBStn nehmen Anmeldungen nämlich nur von Seiten des Index-Patienten oder dessen Eltern an, und die Aufnahme auf eine kinder- und jugendpsychiatrische Station bedarf stetes einer ärztlichen Überweisung). Man kann zum dritten fragen, ob bei einem vorgestellten Index-Patienten gegebenenfalls schon Vorbehandlungen durchgeführt wurden.

Die EBStn ist nach ihrer Geschichte und Zielbestimmung, wie sie in Grundsätzen, Richt- und Leitlinien (vgl. die gesammelten Dokumente bei *Spittler & Specht*, 1984, 67–156) niedergelegt ist, ein Dienst erster Instanz. Dies kommt zum einen darin zum Ausdruck, daß sie eine ambulante Einrichtung ist. Es drückt sich zum zweiten darin aus, daß die Anregung zur Vorstellung in einem (relativ) hohen Maße vom Index-Patienten bzw. dessen Eltern ausgeht. Die diesbezüglich in der Literatur zu findenden Angaben, alle basierend auf Untersuchungen kleiner und wenig repräsentativer Stichproben, schwanken erheblich. Sie reichen von 16 Prozent (*Höger u. a.*, 1984, 268) über 38 (*Rey u. a.*, 1978, 47) und 47 (*Smid & Armbruster*, 1980, 28) bis 50 (*Hölzel*, 1981, 25). Aber selbst mit 16 Prozent in EBStn um Göttingen ist der Prozentsatz der Selbstmelder noch immer höher als in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz in Göttingen, wo sie im selben Zeitraum nur neun Prozent beträgt (*Höger u. a.*, ebd.).

In noch geringerem Maße als in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz geht eine stationäre Behandlung vom Index-Patienten oder dessen Eltern aus. Bei insgesamt 162 Kindern und Jugendlichen, die 1980 aus einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung entlassen wurden, fand sich ein solcher Fall kein einziges Mal (*Beck & Jungjohann*, 1985, 188). Bei eben dieser stationär behandelten Klientel wurde in hohem Maße Vorbehandlung sowohl in ambulanter (in 58% der Fälle) als auch stationärer Form (in 50% der Fälle) gefunden (a. a. O., 187). Weitaus geringer sind in der von *Chr. Höger u. a.* (1984, 268) betrachteten Klientel einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz die früheren Interventionen, die in ca. 15 Prozent der Fälle vom Jugendamt und im Schnitt in ca. 17 Prozent der Fälle durch Ärzte erfolgte. Noch niedriger sind solche Interventionen in der Klientel der vier EBStn aus derselben Region im Vergleichszeitraum; die entsprechenden Zahlen lauten 11–12,5 bzw. 1,5–6,5 Prozent.

Sieht man Institutionen erster und zweiter Instanz nicht als dichotome Größen, sondern als Endpunkte eines Kontinuums an, dann kann man, die Größen „ambu-

lant-stationär“, „Anregung zur Vorstellung“ und „Vorbehandlung“ betrachtend, feststellen, daß die EBStn mehr ein Dienst erster, kinder- und jugendpsychiatrische Stationen eher einer zweiten Instanz darstellen; die kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen liegen dazwischen.

In welchen Punkten könnte eine familientherapeutische Orientierung eine EBSt in Richtung „Dienst zweiter Instanz“ bewegen? Im Punkt „Anregung zur Vorstellung“ und im (damit sachlich zusammenhängenden) Punkt „Vorbehandlung“. (Punkte übrigens, die in ihrer Bedeutung für die therapeutische Arbeit erstmals von systemischen Therapeuten eingehend analysiert wurden; *Selvini Palazzoli u. a.*, 1983; *Schwarz & Luderwig*, 1984). Und wodurch könnte dies (absichtlich oder unabsichtlich) geschehen? Durch eine Reihe zunächst unbedeutend erscheinender Einzelmaßnahmen: Das Team einer solchen EBStn könnte eine Umbenennung der Stelle, in der die neue Arbeitsweise zum Ausdruck kommt, vornehmen. Es könnte die Öffentlichkeit (Kollegen, mögliche Klienten, potentielle „Empfeher“) auf formellen und informellen Wegen von der Neuerung unterrichten. Es könnte Familien, die „nur“ eine testpsychologische Untersuchung wünschen, an andere Einrichtungen (z. B. Sonderpädagogische oder Bildungsberatungsstelle, Legasthenie-Zentrum) verweisen, diesen aber als „Ausgleich“ anbieten, „wirkliche Familiensachen“ zu übernehmen.

Solche und weitere Maßnahmen, die familientherapeutische Umorientierung regelmäßig begleiten, sind mächtige Inputs in dem engen informellen System, in das eine EBSt in ihrer Region verwoben ist. Ohne gegensteuernde Maßnahmen führt dies, zumal in einer Gegend mit ähnlichen, nicht familientherapeutisch arbeitenden Beratungseinrichtungen, zu einer Arbeitsteilung in der Region: die EBSt wird informell zu einem „Institut für Familientherapie“. Daß solches geschieht, sei am Beispiel der EBSt, in der ich 1976–1980 gearbeitet habe, aufgezeigt. Verglichen wird das Jahr vor der familientherapeutischen Umorientierung (1976) mit dem nach deren vollzogenem Abschluß (1979) anhand der zur Verfügung stehenden Angaben über die Empfehlung zur Anmeldung (Vorbehandlungen wurden nicht erfaßt). Die Zahl der Selbstmelder sank um 15 Prozent, die Anzahl der von medizinischen Einrichtungen Angeratenen stieg um 13, die der von (vor-)schulischen Institutionen um 10 Prozent. Anregungen von anderen Seiten fielen um 8 Prozent. Die Unterschiede, berechnet über die absoluten Zahlen sind hoch signifikant (Chi-Quadrat: $\chi^2 = 19,8$; $p < .001$ bei 3 df). Diese Veränderungen dürften einhergehen mit einer Erhöhung der Vorbehandlungen (durch Ärzte und Beratungslehrer).

Es verwundert zunächst, daß der Hinweis auf die angesprochene Gefahr erstmals von *M. Selvini Palazzoli* (1983) kam, stellt doch das Mailänder *Centro per lo Studio della Famiglia* eine Einrichtung zweiter Instanz par excellence dar, die in ihrer (gefährlichen) Nachahmungswirkung nicht zu unterschätzen ist (vgl. etwa *Luderwig u. a.*, 1984; *Schwertl*, 1984; *Tom*, 1984). Aber *M. Selvini*

Palazzoli ist auch die Familientherapeutin, die über „Kontextuelles“ nachgedacht hat: sei es über den durch eine Buchveröffentlichung selbst geschaffenen neuen Kontext der eigenen therapeutischen Arbeit (*Selvini Palazzoli & Prata*, 1980), sei es über administrative, organisatorische und institutionelle „Rahmenbedingungen“ als Kontexte (*Selvini Palazzoli*, 1978, 1984), sei es über „Zuweisende“ als Kontext (*Selvini Palazzoli u. a.*, 1983). Und nicht zu vergessen: ihr Kontext ist auch die italienische Psychiatriediskussion und -reform.

Eine Bewegung systemisch arbeitender Ambulanzen hin zu Diensten zweiter Instanz hält sie für nicht nur nicht wünschenswert, sondern für einen, vor allem (gesundheits-)politisch, schweren Fehler. Diese Ansicht bezeichnet sie selbst als keine geringere Kehrtwendung als jene mit der Gründung des Mailänder Instituts verbundene. Sie ist Konsequenz der Erfahrungen und Überlegungen, die sie seit 1981 als Supervisorin eines öffentlichen psychiatrischen Dienstes mit regional begrenztem Einzugsbereich (in der Nähe von Mailand) gemacht bzw. angestellt hat. Alle akademischen Mitarbeiter dieser Ambulanz hatten eine Ausbildung nach dem Mailänder Modell erhalten; die nichtakademischen Mitarbeiter (Pflegerinnen) übernahmen eine systemische Sichtweise für ihre spezifische Tätigkeit, ohne daß dies „Familientherapie treiben“ heißen würde. Schon bald begann sich die für die EBSt beschriebene Gefahr abzuzeichnen: „einem totalisierenden Gedanken zu verfallen und den Dienst ausschließlich als ein institutionell auf Familientherapie spezialisiertes Zentrum aufzuziehen, d.h. als einen Dienst zweiter Instanz, dem andere Dienste Familien zur Behandlung überweisen“ (*Selvini Palazzoli*, 1983, 174).

Es sind im wesentlichen zwei Gründe, die sie vor einer solchen Umwandlung warnen lassen (und ihre Ausführungen seien hier recht breit wiedergegeben, weil hier wesentliche Korrekturen vorgenommen werden). Der eine Grund ist ein (gesundheits-)politischer. Weder die Modell-Wirkung des Mailänder Instituts als einer Einrichtung zweiter Instanz noch die auch an Universitäten betriebene Verbreitung systemischen Denkens haben eine qualitative Veränderung des psychiatrischen Versorgungssystems bewirkt. Die systemische „Revolution“ war keine; sie bekam Nischen zugewiesen, in denen sich ihre Vertreter einrichteten (vgl. dazu die hierzulande unter den Stichworten „Nische“, „Neubau“, „Koevolution“ geführte Diskussion; insbesondere die Kritik von *Schweizer*, 1984b an *Ludewig & Villiez*, 1984a). Der systemischen Therapie scheint ein ähnliches Schicksal vorherbestimmt wie der Psychoanalyse. Angetreten mit einem wirklich umwälzenden Ansatz, scheint die Versandung in bloßer Änderung erster Ordnung unausweichlich. *M. Selvini Palazzoli* will sich mit solcher Aussicht nicht zufrieden geben und setzt auf die Karte „Veränderung von unten“: „Ein territorial begrenzter (regionaler) sozialpsychiatrischer bzw. psychosozialer Dienst, dem es vergönnt ist, sich mit einem transdisziplinären Team selbst zu konstituieren oder organisieren, hat große Aussichten, ohne Trommeln und Fanfaren, noch umstürzlerischem Kriegsgeschrei das psychiatrische System zu sprengen. Nicht

mit Ideologien, sondern mit Taten, mit konkreten praktischen Versuchen, die einer regelmäßigen Kontrolle unterzogen werden. Mit Versuchen auch, und das ist das wesentliche, die es fertigbringen werden, in den Köpfen der Leute die Vorstellung zu ändern, die sie sich von dem, was man heute unter einem Sozialpsychiatrischen Dienst meist versteht, gemacht haben. Die Folge solch veränderter Vorstellungen wird sein, daß eines Tages die Benutzer selbst von der psychiatrischen Institution etwas anderes erwarten. Dann wird sich die Institution der Unabwendbarkeit einer Erneuerung dieser Art nicht mehr verschließen können.“ (1983, 181)

Der zweite Grund, vor einer Veränderung in Richtung Institution zweiter Instanz zu warnen, ist ein der Therapietheorie immanenter. *M. Selvini Palazzoli* ist der Ansicht, daß vieles von dem was sie in ihrer Arbeit am Mailänder Institut als „Widerstand der Familie gegen Veränderung“ beschrieben hat, von nichts anderem herrührt als davon, daß das therapeutische Handeln dort explizit als „Familientherapie“ deklariert wurde. Ein Dienst erster Instanz erscheint unter diesem Gesichtspunkt als der ideale Ort, „um eine systemische Familienoptik anzuwenden, ohne daß explizit davon gesprochen wird“ (a. a. O., 177).

In diesem Zusammenhang erscheint auch die bisherige Diskussion um die Frage, ob bestimmte Interventionsverfahren, deretwegen das Mailänder Zentrum so berühmt wurde, als um einen wichtigen Aspekt verkürzt. Nicht systemisch reflektiert wurde auch von Systemikern, daß solche Interventionsformen im Kontext eines Dienstes zweiter Instanz entwickelt wurden. Solche müssen in Einrichtungen erster Instanz keineswegs funktional sein. Familien, die ohne Vorbehandlung zu dem beschriebenen Sozialpsychiatrischen Dienst kamen, zeigten sich „für die Ausführung von Verschreibungen schlecht zugänglich. Dagegen lassen sich mit unverfänglichen Interventionen wie der systemischen Erfassung des im Gang befindlichen Spiels mit positiver Konnotation aller ‚Spieler‘ bedeutende Resultate erzielen“ (a. a. O., 178).

Nachzutragen wäre noch, daß die mit familientherapeutischer Orientierung der Arbeit an der EBSt verbundene Gefahr der Entwicklung in Richtung auf eine Institution zweiter Instanz in der Konstruktion der EBSt schon immer angelegt ist. Sie hatte im Rahmen der Jugendhilfe schon immer eine privilegierte Stellung inne und war gegenüber anderen Diensten im Rahmen der Jugendhilfe schon immer „nachgeordnet“ (*Thiersch*, 1985). Gerade Familientherapeuten, sofern sie sich als Systemiker verstehen, sollten solche kontextuellen Bedingungen nicht übersehen und nicht (ungewollt) zu einer Entwicklung beitragen, die kein verantwortungsvoller Mitarbeiter einer EBSt wollen kann.

Summary

Ten Years of Family Therapy in Child Guidance

In summary, a number of unconnected reports suggest that family therapy has become an additional methodic

tool in child guidance since 1975. There is some evidence for saying that child guidance centres are the psychosocial institutions in which family therapy has found its most widespread application. However, even in this setting its overall influence has remained relatively small. Possible reasons for this will be discussed in detail in part two; obstructing factors emanating from experts as well as from the institution may be important along with resistance on the part of families. In part three, attention will be drawn to a risk connected with increased utilization of family therapy in child guidance, i.e. that this institution may change in character from being a preventive counselling service within the primary care sector to becoming an agency taking referrals for specialised treatments from other agencies. The reason for this tendency and its implications will be discussed.

Literatur

- Allhoff-Cramer, B. u.a. (1982): Kompetenzprofile von Diplom-Psychologen in der Berufspraxis. Trier: Selbstverlag. – Bathge, G. (1981): Kindertherapie oder Familientherapie? Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 30, 159–165. – Beck, B. & Jungjohann, E. E. (1985): Zur Inanspruchnahme einer regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungseinrichtung. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 34, 187–195. – Blackwell, R. D. & Willems, M. P. J. (1984): Systemische Therapie in Institutionen, die Probleme aufrechterhalten. Zeitschrift für systemische Therapie 2, 17–28. – Bösel, M. (1981): Psychologische Beratungsstellen in Baden-Württemberg. Weinheim: Beltz. – Breuer, F. & Seeger, F. (1980): Vorgehensweisen psychologischer Praktiker in Beratung und Therapie. Mitteilungen der DGVt 12, 321–333. – De Clerck-Sachße, R. (1978): Einige Probleme von Familienberatung und Therapie im Kontext institutioneller Zielsetzungen. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 27, 309–319. – Deutscher Bundestag (Hg.) (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn. – Duss-v. Werdt, J. & Stierlin, H. (1984): Familienorientierte Jugendpsychiatrie. Familiendynamik 9, Editorial zu Heft 2. – Eckhardt, W. (1983): Die Institutionalisierte Erziehungsberatung. In: Schneider, K. (Hg.): Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Paderborn: Junfermann, 397–402. – Ewing, Ch. P. (1975): Family crisis intervention and traditional child guidance. Diss. Cornell University. – Frend, S. (1912): Zur Dynamik der Übertragung, GW Bd. 8, 363–374. – Gehring, Th. M. (1983): Zur diagnostischen Bedeutung des systemorientierten Familienerstinterviews in der ambulanten Kinderpsychiatrie. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 32, 218–224. – Gerhardt, M. (1981): Familientherapie – Theoretische Konzeptionen und praktische Wirklichkeit. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 30, 1981, 274–285. – Gerlicher, K. (1985): Aspekte der Familientherapie in einer psychologischen Beratungsstelle. In: Kugemann, W. F. u.a. (Hg.): Psychologie und komplexe Lebenswirklichkeit. Göttingen: Hogrefe, 353–369. – Gerlicher, K. u.a. (Hg.) (1977): Familientherapie in der Erziehungsberatung. Weinheim: Beltz. – Haley, J. (1980): Warum ein psychiatrisches Krankenhaus Familientherapie vermeiden sollte. Kontext 2/1980, 76–95. – Heekerens, H.-P. (1983): Institutionelle Aspekte familientherapeutischer Arbeit in der Ambulanz für Kinder und Jugendliche. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 32, 98–105. – Heekerens, H.-P. (1985): Effektivität Klientenzentrierter Familientherapie. Zeitschrift für personalzentrierte Psychologie und Psychotherapie 4, 53–70. – Heekerens, H.-P. & Henkelmann-Strickler, S. (1980): Von der herkömmlichen zur familientherapeutisch orientierten Beratung. Mitteilungen der Evangelischen Landeskirche in Baden 8/1980, 38–42. – Höger, Chr. u.a. (1984): Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrischen Polikliniken im Vergleich. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 33, 264–271. – Jellouschek, H. (1982): Familientherapie – und die Folgen. Familiendynamik 7, 159–170. – Jellouschek, H. (1984): Stellungnahme. Zeitschrift für systemische Therapie 2, 41–43. – Jürgens, G. (1983): Überblick zur Familientherapie. In: Schneider, K. (Hg.): Familientherapie in der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Paderborn: Junfermann, 439–462. – LAG hessischer Erziehungsberatungsstellen (Hg.) (1978): Familientherapie in der Erziehungsberatung. Frankfurt: Selbstverlag. – Ludewig, K. & Villiez, Th. v. (1984a): Warum systemische Therapien Systeme wie die Psychiatrie nicht vermeiden sollten. Zeitschrift für systemische Therapie 2, 29–38. – Ludewig, K. & Villiez, Th. v. (1984b): Viele Wege führen von Mailand ... Zeitschrift für systemische Therapie 2, 51–55. – Ludewig, K. u.a. (1984): Systemische Therapie mit Familien mit einem „psychotischen“ Jugendlichen. Familiendynamik 9, 108–125. – Mackinger, H. (1984): Sind Rahmenbedingungen Randbedingungen? Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 16, 543–552. – Minsal, B. (1978): Ausbildung von Trainern für die Elternarbeit. In: Schneewind, K. & Lukesch, H. (Hg.): Familiäre Sozialisation. Stuttgart: Klett, 313–323. – Montalvo, B. & Haley, J. (1977): Zur Verteidigung der Kindertherapie. Familiendynamik 2, 322–340. – Neeral, T. (1976): Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen in Familien mit einem psychisch gestörten Kind. Diss. Justus Liebig-Universität Gießen. – Neeral, T. (1978): Probleme in Erziehungsberatungsstellen bei der Umorientierung kindzentrierter zu familienorientierter Beratungsarbeit. In: LAG hess. EBStn (Hg.): Familientherapie in der Erziehungsberatung. Frankfurt: Selbstverlag, 26–32. – Nestmann, F. (1984): Beratung in der Erziehungsberatung. In: Zygowski, H. (Hg.): Erziehungsberatung in der Krise. Tübingen: dgvt, 74–78. – Olson, D. H. (1970): Marital and family therapy: Integrative review and critique. Journal of Marriage and the Family 32, 501–538. – Rey, E. R. u.a. (1978): Erste Ergebnisse einer Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche aus Erziehungsberatungsstellen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 6, 40–55. – Richter, H. E. (1976): Flüchten oder Standhalten. Reinbeck: Rowolth. – Rothhaus, W. (1984): Das Jammern über die Institution als Alibi. Zeitschrift für systemische Therapie 2, 39–41. – Schmidbauer, W. (1977): Die hilflosen Helfer. Reinbeck: Rowolth. – Schmidtchen, St. u.a. (1983): Das Bild der Erziehungsberatungsstelle in der Öffentlichkeit und aus der Sicht von Klienten und Beratern. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 166–173. – Schorr, A. (1985): Zur Heilkundeaktion des Verbandes. Informationen der Sektion klinische Psychologie des BDP 12/1985, 12–14. – Schwarz, R. & Ludewig, K. (1984): Die Berücksichtigung der Mitbehandelnden in der systemischen Familientherapie. In: Remschmidt, H. (Hg.): Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien. Stuttgart: Enke, 108–112. – Schweizer, J. (1984a): Systemische Jugendpsychiatrie. Familiendynamik 9, 96–107. – Schweizer, J. (1984b): Nische oder Neubau? Zeitschrift für systemische Therapie 2, 47–50. – Schwertl, W. (1984): Gedanken zum institutionellen Kontext des Mailänder Modells. Zeitschrift für systemische Therapie 1, 39–42. – Selvini Palazzoli, M. (1983): Über die Familientherapie hinaus. Familiendynamik 8, 166–181. – Selvini Palazzoli, M. & Prata, G. (1980): Die Macht der Ohnmacht. In: Duss-v. Werdt, J. & Welter-Enderlin, R. (Hg.): Der Familienmensch. Stuttgart: Klett-Cotta, 157–169. – Selvini Palazzoli, M. u.a. (1978): Der entzauberte Magier. Stuttgart: Klett-Cotta. –

Selvini Palazzoli, M. u. a. (1983): Das Problem des Zuweisenden. Zeitschrift für systemische Therapie 1, 11-20. – *Selvini Palazzoli, M. u. a.* (1984): Hinter den Kulissen der Organisation. Stuttgart: Klett-Cotta. – *Smid, H. & Armbruster, E.* (1980): Institutionelle Erziehungsberatung. Eine Bestandsaufnahme in Hessen. Weinheim: Beltz. – *Spieß, W.* (1980): Elternt raining. In: *Spiel, W.* (Hg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts Bd.12. Zürich: Kindler, 764-773. – *Spittler, H.-D. & Specht, F.* (1984): Basistexte und Materialien zur Erziehungs- und Familienberatung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – *Stierlin, H. u. a.* (1977): Das erste Familiengespräch. Stuttgart: Klett-Cotta. – *Team des Instituts für Beratung und Therapie von Eltern und jungen Menschen Wiesbaden* (1978): Darstellung der gegenwärtigen Arbeit mit Familien. In: *LAG hess. EBStn* (Hg.): Familientherapie in der Erziehungsberatung. Frankfurt: Selbstverlag, 46-52. – *Thiersch, H.* (1985): Erziehungsberatung und Jugendhilfe. In:

Klug, H.-P. & Specht, F. (Hg.): Erziehungs- und Familienberatung: Aufgaben und Ziele, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 24-40. – *Trankina, F. J.* (1975): Aggressive and withdrawn children as related to family perception and outcome of different treatment methods. Diss. University of Arizona. – *Tomm, K.* (1984): Erwiderung. Zeitschrift für systemische Therapie 1, 43-47. – *Trommel, M. J. v.* (1984): Warum systemische Therapeuten irregeleitete Vermengungen vermeiden sollen. Zeitschrift für systemische Therapie 1, 44-46. – *Wirsching, M. u. a.* (1979): Das Familienerstinterview. In: *Heigl-Evers, A.* (Hg.): Psychologie des 20. Jahrhunderts Bd.8. Zürich: Kindler, 1080-1088.

Anshr. d. Verf.: Prof. Dr. Hans-Peter Heekerens, Fachhochschule München, Fachbereich Sozialwesen, Bogenhauser Kirchplatz 3, 8000 München 80.